

367

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

E. DELAUNAY, SIMON B. E.

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Des Opérations conservatrices de l'Ovaire

IGNIPUNCTURE — RÉSECTION PARTIELLE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. {
LE FORT.
NÉLATON.
POIRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

367



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0045

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

E. DELAUNAY, SIMON B. E.

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Des Opérations conservatrices de l'Ovaire

IGNIPUNCTURE — RÉSECTION PARTIELLE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. {
LE FORT.
NÉLATON.
POIRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SCCIE TE D'EDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4. Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladies des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	N....
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	N....
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	CHARCOT.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Si la pathologie de l'ovaire est entrée dans une phase nouvelle avec la vulgarisation de la laparotomie ; si on a pu saisir sur le vivant des lésions que l'autopsie seule révélait lorsqu'une maladie intercurrente enlevait la malade, la thérapeutique, au contraire, semble rester stationnaire en faisant de l'ablation radicale des annexes le summum de l'intervention. Et cependant doit-il en être ainsi ? La connaissance exacte de certaines lésions ne doit-elle pas nous amener dans certains cas déterminés à modifier et surtout à limiter l'acte chirurgical ? Assurément oui ; et si les progrès de la chirurgie doivent l'amener à être de plus en plus conservatrice, il n'est pas douteux que la thérapeutique ovarienne ne soit digne de sa plus grande sollicitude.

Ce sont ces raisons qui ont déterminé M. Pozzi à pratiquer sur l'ovaire certaines opérations conservatrices en limitant le sacrifice à une partie de l'organe de manière à conserver à la femme sa fécondité.

Ce problème, malgré sa haute importance, n'a encore été abordé que par un très petit nombre de gynéco-

logistes. La première observation appartient à Schrøder (1). Il s'agissait d'une femme à qui il pratiqua l'ablation d'un kyste de l'ovaire d'un côté, et la résection partielle de l'autre ovaire qui contenait un kyste dermoïde. La femme devint enceinte peu de temps après et accoucha à terme. A. Martin, Zveifel, Gusserow, Wildoov, ont également fait la résection de l'ovaire. Skutsch a cherché de son côté à conserver la trompe et pratiqué ce qu'il appelle la salpingostomie. Nous dirons plus loin pourquoi cette dernière opération ne nous paraît pas rationnelle et quels sont les motifs qui nous la font repousser.

Les kystes dermoïdes, de gros kystes folliculaires, des kystes proligères (épithéliomes, mucoïdes) sont les principales et pour ainsi dire les seules lésions pour lesquelles une partie de l'ovaire ait été respectée. Nous ne croyons pas que l'ovarite diffuse et l'ovarite scléro-kystique aient été jusqu'ici l'objet d'une pareille intervention. C'est notre maître M. Pozzi, qui, se basant sur l'anatomie pathologique de ces deux affections, a déterminé les conditions requises pour que l'opération partielle soit profitable et posé les règles. C'est donc à lui qu'en revient tout le mérite. Il nous a fait l'honneur de nous associer à ses travaux en nous fournissant le sujet de notre thèse inaugurale et nous l'en remercions bien sincèrement.

Pour nous l'ovaire seul est justiciable des opérations partielles, et nous considérons comme illusoires

(1) Schrøder. — Société obst. et gyn. de Berlin. — Juillet 1884. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1889, Bd XI, p. 360.

les interventions analogues pratiquées sur les trompes, soit par le procédé de Martin, soit par celui de Skutsch. A la trompe, en effet, est dévolu un rôle tout particulier. C'est un tube essentiellement actif; l'intégrité de sa texture, la persistance de son épithélium vibratile et de ses fibres contractiles sont les conditions indispensables de sa fonction.

Qu'une lésion inflammatoire de quelque durée vienne modifier ces éléments, et c'en est fait de leur activité. On aura beau rouvrir le pavillon en décollant les franges agglutinées, comme l'a fait Martin, ou créer à la manière de Skutsch un orifice artificiel en excisant une portion de la paroi, après avoir rétabli la perméabilité du reste du conduit par un cathétérisme forcé, le résultat restera négatif et le rôle de la trompe définitivement aboli.

Et d'ailleurs si nous cherchons dans les résultats éloignés un encouragement à cette tentative, nous ne tardons pas à être déçus. Martin a pratiqué 24 fois la résection de la trompe et nous ne trouvons qu'une seule grossesse suivie d'avortement; encore nous nous trouvons ici en présence de lésions si peu marquées que l'état pathologique de la trompe ne peut être que soupçonné. Que faut-il de plus pour prouver combien la résection de la trompe est une opération incertaine au point de vue des grossesses ultérieures? Or, si la fécondité est incertaine, la raison d'être d'une opération partielle disparaît, et il n'est plus besoin de chercher à limiter l'intervention puisqu'il n'y a plus aucun bénéfice à en retirer.

Nous considérons donc l'intégrité de la trompe comme la condition indispensable au succès des opérations partielles sur les annexes.

Tout autre, au contraire, est le rôle de l'ovaire, et l'intégrité de l'organe dans sa totalité n'est point nécessaire à son fonctionnement. Il suffit qu'une mince lamelle de tissu ovarien soit intacte pour que l'ovulation ait lieu et que la fécondité soit conservée. Il est incontestable qu'en présence de lésions ayant désorganisé profondément l'organe comme un abcès volumineux ou une transformation kystique totale de l'ovaire, l'ablation s'impose et il est absolument inutile de songer à la conservation. Mais à côté de ces lésions il en est d'autres moins marquées, où la désorganisation de l'organe est loin d'être complète et dans lesquelles nous sommes autorisés à penser qu'une intervention limitée conservera la possibilité de la fécondation. Telles sont en particulier l'ovarite diffuse et la dégénérescence microkystique.

Nous étudierons surtout ces deux affections ou plutôt ces deux stades d'un même état pathologique. Nous décrirons l'anatomie pathologique de chacun d'eux et nous indiquerons quelles sont les opérations qui nous paraissent le plus rationnelles au double point de vue du traitement et de la conservation de la fonction de l'organe. Dans un dernier chapitre nous montrerons l'utilité de ces interventions et nous discuterons les objections qui peuvent nous être faites.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ovarite diffuse. Œdème de l'ovaire

Lorsque nous consultons les auteurs pour connaître les lésions anatomiques de cette affection, nous constatons que cette étude est de date toute récente. Richet paraît être le premier qui ait fait une description macroscopique du varicocèle pelvien. Devalz, Budin, Dudley, en font également de bonne description, mais dans tous ces travaux nous ne trouvons rien pour l'ovaire qui ne se rapporte à l'état normal, à part quelques modifications dans l'état des vaisseaux. Dudley croit cependant pouvoir en conclure que l'organe est appelé à subir le même sort que le testicule dans le varicocèle chez l'homme, à savoir l'atrophie et la perte de sa fonction. Lawson Tait, dans son traité clinique des maladies des femmes, émet cette opinion au sujet de « L'hypérémie des organes annexes de l'utérus » : « La clinique semble prouver que beaucoup d'affections des ovaires sont dues à des troubles circulatoires dans la glande. » Et plus loin, il ajoute : « Les modifications pathologiques survenant dans ces cas d'hypérémie-ovarienne suffisamment graves pour réclamer une opération sont très caractéristiques. Les ovaires sont très volumineux et leur coloration normale est remplacée par une teinte rosée et un aspect œdémateux. Les pédicules

sont plus allongés et le plexus pampiniforme est plus développé que normalement ; on trouve que ces organes sont situés en arrière de l'utérus, celui-ci étant généralement replié sur eux. Ils sont parsemés de petits kystes.

Dans une thèse récente de Couzette sur les ovaires à petits kystes, nous lisons ceci : « Dans une deuxième variété, on trouve les ovaires œdémateux. Au lieu de la coupe sèche que présentent les ovaires normaux, la section de ces ovaires offre une surface brillante, humide, suintant facilement dès qu'on la presse. Ils paraissent avoir macéré dans l'eau pendant quelque temps. Souvent on trouve les ovaires œdémateux simplement, sans kystes ni à leur surface, ni dans l'épaisseur. D'autres fois un nombre plus ou moins grand de kystes coexistent avec l'œdème. »

Il nous faut arriver jusqu'aux travaux de Paul Petit pour avoir une notion exacte de ces lésions. Voici la description qu'il fait de pièces prises dans le service de M. Pozzi : Les ovaires ont un aspect blanchâtre et comme lavé, rénitent sous le doigt, leur volume est variable. Ils laissent écouler sous le couteau une grande quantité de sérosité et se montrent criblés sur toute la surface de section du hile, vers la couche corticale, d'une foule de petites élevures sphériques, opalines, ayant le volume de petits pois.

Ces élevures, remplies d'un liquide séreux, se vident incomplètement par la ponction, et quand on les sectionne, s'affaissent sans laisser de cavités distinctes, à surface lisse, comme celles des kystes folliculaires.

L'examen histologique montre les veines du hile plus flexueuses qu'à l'état normal, demeurant largement dilatées quoique vides ou gorgées de sang. Elles sont plongées au milieu d'un tissu conjonctif fibreux parcouru par de nombreux faisceaux musculaires lisses ; la subs-

tance intercellulaire est d'aspect amorphe, vitreux. La couche ovigène, assez riche en ovules, présente quelques kystes folliculaires. Dans la région intermédiaire à la couche ovigène et au hile existe un œdème très inégalement réparti ; toujours accentué autour des vaisseaux qui semblent généralement dilatés, il présente tous les degrés, depuis une légère dissociation du tissu jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles, où l'on voit des cellules migratrices en grand nombre, et des corps granuleux.

Sur une nouvelle pièce où les lésions sont plus avancées, il constate que : « les veines sont en voie de sclérose, fondues même, en certains points, avec le tissu conjonctif ambiant. Elles sont flexueuses, dilatées, gorgées de sang ; les capillaires sont entourés d'un manchon compact de cellules embryonnaires. En même temps qu'une ectasie considérable des vaisseaux existe un œdème qui, ici, a revêtu un caractère particulier. Les espaces intercellulaires sont comblés par une substance transparente semée de granulations. A un degré plus avancé, ces mêmes espaces s'élargissent. Les cellules gonflées surtout au niveau de leurs noyaux sont déformées, granuleuses. Enfin, en certains points où l'apport des liquides est encore plus actif, il se produit des lacunes plus ou moins larges, généralement de forme ovale, et qui se détachent sur les coupes à un faible grossissement, à la façon de cavités kystiques. La paroi de ces pseudo-kystes est formée de tissu cellulaire d'autant plus dissocié qu'on se rapproche davantage de leur cavité. A cette limite il se fait un travail de fonte progressive qui, peu à peu, élargit l'espace rempli de liquide. Pour peu que l'infiltration se suspende dans le tissu périphérique, la

fonte cellulaire continuant, le pseudo-kyste arrête ses limites à une bordure de tissu à peu près saine et il se présente comme taillé à l'emporte-pièce dans le stroma ovarien, sans paroi distincte.

La couche ovigène n'est que peu ou pas infiltrée, ce qui s'explique par le nombre et le calibre moindre des vaisseaux en cette région de l'ovaire et la densité plus grande qu'y présente le tissu cellulaire feutré sous forme de tourbillon. La nutrition n'y est pas moins profondément troublée, car les ovisacs à l'état de repos ont presque entièrement disparu et il n'existe plus qu'un petit nombre de follicules à différents stades de développement. Pas de corps jaunes récents. Ceux qu'on rencontre sont à la phase de transformation hyaline, morcelés par l'œdème et transformés en kystes. »

Paul Petit ajoute qu'il n'a pas rencontré de kystes sanguins, et Rollin, dans sa thèse, avait déjà signalé la rareté de la rupture des veines variqueuses de l'ovaire. C'est qu'ici nous n'avons pas la lésion nécessaire à la formation de ces kystes, la sclérose est à peine ébauchée, tandis que son développement est la condition indispensable à la formation des hémorrhagies ovariennes.

Dégénérescence scléro-kystique.

Dans cette description, nous distinguerons l'altération micro-kystique accompagnée de sclérose, des gros kystes folliculaires agglomérés qui transforment tout l'ovaire en une masse d'aspect cloisonné et multiloculaire, qui atteint le volume du poing ou même de la tête et constituant l'affection que M. Pozzi a désignée sous le nom de maladie

kystique de l'ovaire. Il est hors de doute qu'il n'y a pas ici à songer à une opération conservatrice et nous laisserons volontairement de côté l'étude de cette lésion. Il en sera de même des kystes purulents, car nous pensons que la présence du pus est une raison suffisante pour justifier l'ablation totale. Nous n'aurons donc ici en vue que ce qui se rattache directement à notre sujet : la sclérose primitive ou secondaire du stroma ovarien et les modifications pathologiques consécutives.

Ce qui caractérise surtout la dégénérescence scléro-kystique, ce ne sont pas tant les lésions de sclérose, qui n'offrent ici rien de particulier que la présence de nombreux kystes folliculaires, soit séreux, soit sanguins. Et encore faut-il certaines conditions pour que l'ovaire soit dit kystique. Il n'est point, en effet, d'ovaires pouvant passer pour sains qui ne renferment des kystes folliculaires, kystes provenant sans doute de follicules qui suivent à distance le phénomène de la ponte et sont surpris en pleine évolution par la cessation de l'afflux sanguin, ou bien de follicules qui ont subi l'influence de congestions morbides, mais passagères. On dit en général que l'ovaire est kystique quand les dilatations folliculaires sont nombreuses et dépassent 2 cent. à 2 cent. 1/2.

Que la sclérose soit corticale ou centrale, qu'elle soit le résultat d'une péri-ovarite ou de l'infiltration séreuse que nous avons signalée dans l'œdème de l'ovaire, dès que le tissu conjonctivo vasculaire remplit mal ses fonctions, les follicules avortent ou deviennent hydropiques et la régression des corps jaunes est incomplète.

Avec Pilliet nous rangerons les lésions parenchymateuses de l'ovaire sous trois chefs. Le follicule peut ne

pas se développer, s'atrophier; il peut subir la transformation kystique; l'évolution du corps jaune après la fonte d'un follicule mûr peut être incomplète. Un certain nombre d'ovules s'atrophient normalement comme l'a noté Slaviansky. Mais quand le stroma est scléreux, qu'il y a rétraction et atrophie du parenchyme, la couche corticale est considérablement réduite. Les ovules que l'on observe restent le plus souvent à l'état embryonnaire; ils sont peu abondants et disséminés par petits groupes.

Après l'atrophie folliculaire moins connue que l'hydropisie, vient cette dernière lésion étudiée par Rokitauský; elle peut être hémorrhagique, par rupture du réseau capillaire, mais le plus souvent le kyste ne contient qu'un liquide clair, coagulable par l'alcool. Ces kystes se présentent sous forme de poches sphériques, uniloculaires, variant ordinairement en volume d'une petite cerise à celui d'une noix, mais pouvant atteindre des dimensions beaucoup plus considérables.

On cite comme exceptionnel, le cas de Kiwisch où il y en avait un atteignant la grosseur du poing. Ils présentent à la coupe une paroi à double contour, à surface lisse. D'après Paul Petit, voici comment se ferait l'évolution kystique : L'ovule pourvu de tous ses caractères distinctifs, perd bientôt son noyau et sa tache germinative. « La membrane germinative qui, d'après certains auteurs, résulterait de la condensation de l'épithélium germinatif, disparaît sous l'envahissement des cellules provenant, dit-on, de cet épithélium, cellules granuleuses du follicule, de sorte qu'on ne retrouve plus au centre de ce dernier à un moment donné, qu'un ilot compact de cellules cubiques. Ces cellules se mortifient à leur tour et leur détritüs se confond avec la masse granuleuse intermédiaire, à l'état normal à la zone de prolifération épithéliale

péri-ovulaire et à celle de la paroi. Cette masse granuleuse n'est probablement qu'un produit de fonte cellulaire; il faut cependant remarquer qu'elle ne renferme aucun corps granuleux semblable à ceux du contenu des grands kystes et que, dans certains cas, il n'existe aucune transition entre elles et des cellules en pleine activité. Pour Richtie et Webb, on ne trouve plus l'ovule dans les kystes, plus gros qu'une cerise, c'est à peu près ce que nous avons observé. Quant à l'épithélium de la paroi, nous l'avons vu disparaître à son tour, mais beaucoup plus tard, en dégénérant sous forme hyaline et granuleuse. Enfin, la couche granuleuse de Slaviansky d'abord fort distincte, enflammée et très épaissie, finit par se confondre avec la couche cellulo-vasculaire externe, dans un processus de sclérose, de sorte qu'à un moment donné tous les follicules ayant disparu, la nature du kyste ne peut se reconnaître qu'au voisinage d'autres kystes plus petits et également folliculaires, à la minceur et à la non vascularisation de ses parois. »

Ces kystes folliculaires ont parfois un contenu hémorragique provenant soit d'une hémorrhagie physiologique exagérée, après la ponte, soit d'une hémorrhagie vésiculaire primitive non suivie de rupture. Dans ce dernier cas, ce qui distingue le kyste, c'est que sa paroi répond à celle de l'ovisac et non à celle du corps jaune. Ces kystes sont ordinairement d'un petit volume; les plus gros variant du volume d'une amande à celui du poing, contiennent un liquide séro-sanguinolent, et semblent résulter d'hémorrhagies dans des follicules hydropiques et être formés de sang à peu près pur. Ces derniers se rattachent surtout à la sclérose corticale et l'on a avancé qu'ils étaient susceptibles de s'accroître jusqu'à la rupture par une sorte de ponte intra-kystique des follicules voisins

(kystes ménorrhagiques de Bæckel). Ces kystes ont une paroi fibreuse parfois très mince. « Les altérations des corps jaunes sont parallèles à celles des follicules et on les rencontre dans tous les ovaires kystiques.

Comme les kystes folliculaires, ils peuvent être simples ou hémorrhagiques. Dans le premier cas, les cellules de l'ovariule sont en nombre suffisant ; il existe un retard de la cicatrisation du corps jaune, et on se trouve en présence d'un kyste qui diffère de ceux des follicules par sa configuration étoilée et par les cellules pigmentées qui infiltrent sa paroi. Souvent les végétations de la membrane interne se sont rejointes au centre du corps jaune ; l'hydropisie se produit entre les mailles de ce tissu, et l'on observe alors des kystes parfois volumineux qui ont l'aspect d'un véritable tissu aréolaire ou muqueux. Ces kystes simples sont les moins fréquents ; le plus souvent l'hémorrhagie qui accompagne la ponte n'est pas résorbée, et l'on a alors affaire à un kyste sanguin unique ou cloisonné. » (Pilliet).

D'autres fois l'hémorrhagie est due à une rupture hémorrhagique dans un corps jaune cicatrisé. Les kystes de la première espèce ont une enveloppe à peu près uniforme dans laquelle on trouve tous les éléments constitutifs du corps jaune. Les autres doivent être considérés comme de véritables hémorrhagies interstitielles.

Opérations conservatrices. — Manuel opératoire.

En présence de ces lésions, quel traitement allons-nous instituer ? Jusqu'ici il n'y avait pas d'hésitation ; les malades étaient soumises tout d'abord au traitement médical ;

repos au lit, injections chaudes, tampons vaginaux. Devant la persistance des douleurs les conservateurs tentaient quelquefois un curettage, une dilatation utérine ; mais dans la plus grande majorité des cas le résultat restant négatif, la laparotomie s'imposait et l'ablation des annexes devenait la suprême ressource. Cependant nous pensons qu'il y a autre chose à faire, et nous croyons avec M. Pozzi, que l'on peut rester conservateurs quand même.

Voici qu'elle est la pratique de notre maître :

Lorsqu'on se trouve en présence de gros ovaires mous, blanchâtres, manifestement infiltrés de liquide, on fait pénétrer profondément la pointe du petit couteau du thermo-cautère portée au rouge sombre dans le stroma ovarien œdédié, cette manœuvre est répétée autant de fois que l'exige le volume de l'ovaire et le degré d'œdème.

Lorsqu'à la place d'une ovarite diffuse totale on ne trouve que quelques petits kystes disséminés à la surface de l'ovaire, ou mieux encore des points transparents et dépressibles à la surface de l'organe, on ouvre successivement ces petits kystes au thermo-cautère et on brûle leur surface interne.

Telle est l'ignipuncture ovarienne

Le manuel opératoire est des plus simples, et point n'est besoin d'une longue description.

Le premier temps de l'opération ne diffère en rien de celui de la laparotomie. Après ouverture du ventre par une petite incision (5 à 6 cent.) on introduit une compresse aseptique destinée à isoler le petit bassin en refoulant et enveloppant les anses intestinales les plus déclives ; si une seconde compresse est nécessaire on la glisse à côté de la première. Des pinces sont placées sur les extrémités des compresses qui sortent par la boutonnière

abdominale. On va alors à la recherche des annexes, on les libère des adhérences qui peuvent les maintenir et on les amène dans l'incision. On place ensuite de chaque côté une nouvelle compresse aseptique qui entoure et isole les annexes, de telle sorte que toute l'intervention se passera pour ainsi dire hors du ventre.

On pratique alors l'ignipuncture de l'ovaire. Il peut arriver quelquefois qu'une pointe de feu donne un peu de sang; rien n'est plus facile d'assurer l'hémostase par un ou deux points au catgut. Les ovaires une fois cautérisés sont replacés dans le pelvis. Si l'utérus est rétrofléchi ou rétroversé on fera l'hystéropexie; Si malgré l'hémostase on craint quelque suintement sanguin, il est avantageux de mettre dans le cul-de-sac de Douglas une ou deux mèches de gaze iodoformée qui, ressortant par la plaie, assurent le drainage en même temps qu'elles servent de soutien à l'utérus dans les cas où ce dernier aura été fixé à la paroi abdominale.

Le ventre est fermé par une triple suture ou surjet au catgut.

Les suites opératoires sont des plus simples et nous n'avons jamais eu d'accidents. Nous noterons cependant une légère ascension de température le 3^{me} et le 4^{me} jour; mais cette ascension n'a aucune importance, elle n'est plutôt qu'un fait d'observation clinique et n'entrave en rien la guérison.

Il va sans dire que l'on s'est au préalable assuré de la perméabilité de la trompe.

La deuxième variété de lésions que nous pouvons rencontrer est la dégénérescence scléro-kystique, pour laquelle nous proposons la résection partielle d'un segment de l'organe.

Les cas les plus favorables sont évidemment ceux où l'on se trouve en présence d'une altération bien limitée d'une région de l'ovaire. Un gros kyste folliculaire séreux ou sanguin, un kyste du corps jaune sont les lésions typiques. C'est encore à la résection d'un segment de l'ovaire que l'on aura recours lorsque la dégénérescence micro-kystique sera plus étendue et qu'à la place de gros kystes isolés on se trouvera en présence de petits kystes disséminés à la surface de l'organe. Cette dissémination ne doit pas être généralisée à tout l'ovaire et ce sont ses limites qui posent l'indication de l'opération conservatrice. Il est un fait intéressant à noter : c'est que les petits kystes semblent siéger de préférence au niveau du bord libre de l'ovaire, et il est très fréquent de trouver toute la convexité de l'organe parsemée de petits points transparents ou bleuâtres, caractéristiques de la présence de petits kystes séreux ou sanguins, tandis qu'au voisinage du hile existe une zone de tissu ovarien respecté par l'altération.

Dans les deux cas, le manuel opératoire est le même. Après l'ouverture du ventre et l'isolement des annexes comme nous l'avons décrit plus haut, on s'assure de la perméabilité complète de la trompe en introduisant un stylet dans son pavillon et en le poussant jusqu'à la corne utérine et on résèque la portion de l'ovaire altérée.

Dans les cas de lésions limitées, comme un kyste dermoïde (Schröder), un gros kyste folliculaire, etc., la

technique s'impose d'elle-même. On circonscrit par une incision ovale la base de ce kyste et on enlève ce dernier avec la mince couche de tissu ovarien sur laquelle il repose. Les deux lèvres de l'incision sont alors suturées par un surjet de catgut.

Lorsque l'altération est plus étendue et a envahi la plus grande partie de l'ovaire, on fait sur les deux faces une incision longitudinale à la limite du tissu sain et on enlève la tranche ainsi délimitée. Il reste alors deux valves qui sont réunies par un surjet au catgut qui assure la coaptation et l'hémostase. Dans les cas où cette dernière serait incomplète, on l'obtiendrait en ajoutant quelques points plus profonds soit au catgut, soit à la soie fine.

A cette résection partielle, M. Pozzi ajoute une opération complémentaire, la salpingorrhaphie. Comme l'ovaire se trouve parfois considérablement réduit, la trompe pourrait en effet s'égarer et contracter des adhérences qui rendraient illusoire l'opération conservatrice. On étale alors le pavillon de la trompe sur le moignon ovarien et on l'y fixe par quelques points au catgut. A plus forte raison, cette salpingorrhaphie est-elle indiquée lorsqu'il existe déjà des adhérences que l'on a dû rompre pour libérer les annexes. Le ventre est ensuite fermé par trois plans de suture en surjet au catgut.

De même que pour l'ignipuncture, la guérison opératoire est la règle et jamais nous n'avons noté le moindre accident.

Discussion

Ces opérations répondent-elles au but que nous nous étions proposé, c'est-à-dire la guérison de la lésion et de ses symptômes, tout en conservant les fonctions de l'organe ?

Examinons d'abord l'ignipuncture et les résultats obtenus.

Est-ce une opération dangereuse ? Non, et à aucun moment la vie de la malade n'est en danger.

Est-ce une opération rationnelle ? Si nous lisons attentivement les descriptions anatomo-pathologiques de cette affection, nous voyons que nous nous trouvons le plus souvent en présence d'un véritable varicocèle ovarien, de véritables varices ovariennes ; pourquoi ces varices et les lésions consécutives ne seraient-elles pas justiciables des pointes de feu au même titre que d'autres varices, les hémorroïdes, par exemple.

Oui, nous dira-t-on, mais l'ignipuncture déterminera la sclérose de l'organe, et vous aurez augmenté la lésion que vous vouliez combattre. Lorsqu'à la suite d'une cautérisation il se produit du tissu de sclérose, c'est que la réparation après la chute de l'eschare s'est faite par suppuration et granulation : mais ici rien de pareil ne se passe, et le processus est tout différent dans l'intérieur de la cavité péritonéale ; il est essentiellement aseptique, et l'eschare est résorbée, molécule à molécule, sans travail inflammatoire, sans prolifération embryonnaire susceptible de s'organiser en tissu conjonctif inodulaire. C'est en somme ce qui se passe lorsqu'on a cautérisé un pédicule à la suite de l'ablation des annexes ; c'est un processus de dégénérescence granulo-graisseuse suivie de résorption.

Bien plus, les résultats acquis par l'observation clinique tendent à faire supposer que l'irritation substitutive produite par le fer rouge au sein des tissus déjà atteints de sclérose, favorise leur résorption. C'est ainsi que les choses se passent lorsqu'on débride au thermo-cautère les masses lardacées et calleuses qui entourent les trajets fistuleux

ou qu'on transperce par l'ignipuncture les exsudats plastiques qui environnent une articulation ou un os malade (Pozzi).

L'ignipuncture peut-elle favoriser la dégénérescence micro-kystique. Il en serait peut-être ainsi si elle déterminait des noyaux cicatriciels à la surface de l'organe ou dans son épaisseur et si surtout nous avions affaire à des glandes en grappe comme dans le col utérin par exemple, où la cautérisation peut déterminer l'oblitération du goulot de ces glandes et amener leur transformation kystique; mais ici il s'agit de follicules clos et tous ceux que n'a pas ouverts le fer rouge pourront se développer librement.

Allons plus loin et voyons les objections qui pourraient nous être faites au sujet même de nos observations.

Dans trois de nos observations l'ignipuncture ovarienne a été accompagnée d'une opération complémentaire, l'hystéropexie et l'on serait peut-être tenté de nous dire que cette opération aurait pu suffire, surtout si l'on considère et à juste titre les déviations utérines comme une des causes les plus fréquentes de gêne de la circulation pelvienne.

D'abord il faudrait des preuves, et rien ne nous démontre que le redressement de l'utérus eut déterminé la résorption de l'infiltration œdémateuse de l'ovaire. C'est une opération complémentaire au même titre que celles pratiquées sur le col ou le périnée à la suite d'un curetage, et nous ne croyons pas que dans ce dernier cas on puisse dire que la curette n'est pour rien dans la guérison de l'endométrite et que c'est à l'amputation du col ou à la restauration du périnée que l'on est redevable du succès.

D'ailleurs il n'est point d'arguments qui puissent prévaloir contre les faits acquis.

Dans nos observations nous n'avons qu'un résultat négatif. Et encore ici, si nous avons à défendre une mauvaise cause, pourrions-nous discuter et montrer que nous nous trouvons en présence d'une malade hystérique chez laquelle toute la série des opérations gynécologiques aurait pu être épuisée sans amener de résultats. Elle a subi l'ignipuncture, et les douleurs persistent, c'est vrai, mais elle a conservé ses ovaires, ce qui n'est assurément pas une quantité négligeable. Nous prenons cependant le résultat tel qu'il est et le considérons comme défavorable à la méthode. Restent les autres observations et dans toutes le résultat désiré a été atteint. Les symptômes douloureux, soit au moment de la période menstruelle, soit dans l'intervalle des époques, ont disparu.

Les malades se considèrent comme guéries et la guérison se maintient, du moins jusqu'à aujourd'hui.

Les règles ont également subi une modification heureuse, elles se sont régularisées et ne sont plus douloureuses.

Devant ces résultats, nous nous croyons autorisés à penser que l'ignipuncture ovarienne remplit le but que nous nous étions proposé, c'est-à-dire la guérison et la conservation des fonctions de l'organe.

En est-il de même de la résection de l'ovaire ?

Pas plus que dans l'ignipuncture les suites opératoires ne sont à redouter, et tout aussi rationnelle est l'intervention. Lorsque la lésion est isolée, pourquoi

(1) Pendant que ce travail était à l'impression nous avons revu la malade qui est l'objet de la 3^{me} observation d'ignipuncture et nous avons constaté une grossesse de 3 mois.

nous comporterions-nous ici autrement que dans une autre région ? Et la résection ici n'est-elle pas tout aussi justifiée qu'elle pour une articulation ?

Lorsque la lésion est plus généralisée et qu'on enlève la majeure partie de l'ovaire, est-on autorisé à penser que tout le tissu de sclérose a été enlevé, et reste-t-il assez d'ovaire pour assurer la fécondation ? Certes, nous n'avons pas la prétention d'enlever par la résection d'une tranche de l'ovaire la totalité de la lésion, mais nous la réduisons à son minimum et cela suffit, comme le prouvent nos observations, pour que le résultat thérapeutique soit atteint. Pour ce qui est de la possibilité de la fécondation il est démontré qu'un fragment d'ovaire, si minime soit-il, contient assez d'ovules pour fournir à la durée de la vie génitale de la femme. Du reste, nous avons ici plus que des considérations théoriques à faire valoir. Toujours on observe la persistance de la menstruation et plusieurs observations prouvent surabondamment que la fécondation est conservée.

Dans l'observation de Schröder, un kyste de l'ovaire fut enlevé d'un côté, et l'autre ovaire subit la résection partielle pour un kyste dermoïde.

La femme devint enceinte et accoucha à terme.

Plus récemment, A. Martin a pratiqué 21 résections partielles de l'ovaire pendant une période de trois années et pendant ce court espace de temps, une opérée sur cinq est devenue enceinte. La première est une femme qui avait un kyste de l'ovaire droit qui fut enlevé en totalité et deux petits kystes pisiformes de l'ovaire gauche qui furent réséqués. La guérison fut complète et trois accouchements sont survenus. Dans un second cas, l'ovaire droit fut enlevé pour un grand kyste ; l'ovaire gauche fut réséqué pour un kyste de

la grosseur d'un œuf de poule, et la femme accoucha deux fois.

Dans un troisième cas, la femme, à qui on avait enlevé les annexes gauches pour un kyste parovarien et réséqué, l'ovaire droit pour un kyste du volume d'une prune, a accouché deux fois depuis l'opération.

Enfin, une quatrième malade est devenue enceinte mais a avorté. Elle avait subi la résection de l'ovaire droit pour une oophrite chronique et la résection de l'ovaire gauche pour un kyste folliculaire de la grosseur d'une prune.

Le résultat est-il aussi brillant au point de vue thérapeutique ?

En relisant nos observations, nous voyons qu'il peut marcher de pair avec le précédent. Toutes les malades ont vu disparaître leurs douleurs, et les règles redevenir normales. Et ici nous sommes plus heureux que pour l'ignipuncture, car nos résultats sont plus éloignés. Deux malades ont été opérées en mai et juillet 1891, c'est-à-dire depuis deux ans, et la guérison s'est maintenue complète. Deux autres sont opérées depuis un an et la guérison persiste. Pour les malades plus récemment opérées, l'amélioration continue nous permet d'espérer le même succès.

En résumé, nous pensons avec notre maître M. Pozzi, que dans certaines lésions de l'ovaire on est autorisé à limiter l'acte chirurgical en vue de la conservation de la fonction de l'organe, et l'expérience si heureusement commencée nous donne pour l'avenir les meilleures espérances. Et lors même que les résultats ultérieurs ne répondraient pas à notre attente, nous croirons néanmoins avoir fait œuvre utile en réagissant contre la tendance excessive et malheureusement trop répandue de considérer comme une question secondaire la fécondité des opérées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Ignipuncture

Double oophoro salpingite chronique. — Rétroflexion adhérente de l'utérus. — Laparotomie. — Ignipuncture. — Hystéropexie. (Observation recueillie par M. Desfontaines, externe du service).

La nommée Julia S., femme M., âgée de 29 ans, entrée salle Pascal A., lit n° 21, le 12 novembre 1892.

Nous ne trouvons rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 16 ans, toujours irrégulièrement sans beaucoup de douleurs.

Une fièvre typhoïde il y a 7 ans.

C'est une malade sujette à des crises nerveuses avec chute et perte de connaissance.

Un premier accouchement il y a 8 ans, normal et sans accident.

Un deuxième accouchement a lieu il y a 2 ans, accouchement très laborieux, précédé et suivi d'hémorrhagie, avec frissons, fièvre et douleurs abdominales très vives.

Elle reste deux mois au lit.

Depuis cet accouchement la malade se plaint de douleurs dans le ventre; douleurs surtout localisées du côté gauche, continues, lancinantes, avec exacerbation au moment des règles, surtout depuis six mois. Il y a 3 mois elle eut des palpitations de cœur très pénibles, suivies deux ou trois jours après d'hémoptysie. Actuellement les douleurs sont tellement vives que tout

travail est devenu impossible. La leucorrhée est très abondante et les règles ont lieu tous les 15 jours.

Il y a huit jours, à la suite de la compression de la région ovarienne pratiquée par un médecin pendant une crise nerveuse, il y eut un arrêt de la miction qui dure encore et nécessite l'emploi de la sonde.

L'examen est pratiqué sous le chloroforme.

L'utérus est en rétroflexion, retenu par des adhérences filamenteuses. Dans le cul-de-sac gauche et en arrière, on sent les annexes indurées, un peu augmentées de volume, paraissant adhérentes. Le cul-de-sac droit est libre, mais on sent en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, les annexes prolabées, indurées, mamelonnées.

On porte le diagnostic de : Double oophoro salpingite chronique ou périsalpingite et périmétrite ancienne, ayant occasionné la rétroflexion de l'utérus et les adhérences des annexes.

Laparotomie, le 16 déc. 92. — A l'ouverture du ventre on constate l'écoulement d'un demi-verre de liquide ascitique. La main introduite dans l'abdomen déchire des adhérences filamenteuses assez résistantes, qui maintiennent l'utérus en rétroflexion.

L'ovaire gauche est adhérent légèrement et est facilement déagré; par contre, il est difficile de l'amener dans l'incision abdominale par suite de la brièveté du ligament infundibulopelvien. Une fois les annexes amenées au dehors on constate que la trompe est saine et perméable.

L'ovaire présente à sa surface une petite saillie du volume d'un gros pois, formée par un kyste sanguin et trois autres saillies transparentes contenant un liquide séreux. Ces kystes sont incisés au thermo-cautère et leur cavité cautérisée.

A droite les annexes présentent les mêmes lésions, mais l'ovaire offre une forme spéciale; il est comme étiré suivant sa longueur et la présence d'un kyste folliculaire sanguin à son extrémité interne lui donne un aspect moniliforme. Le kyste sanguin est ouvert et cautérisé au thermo-cautère.

L'utérus est fixé à la paroi abdominale par trois points de suture à la soie.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le cul-de-sac

de Douglas pour assurer le drainage et servir de soutien à l'utérus.

Suites opératoires excellentes.

Les douleurs persistent aussi vives qu'avant l'opération.

14 janvier 93. — Les règles ont lieu aussi abondantes et aussi douloureuses qu'avant l'opération.

Les 28, 29 et 30 décembre. Ascension de température très marquée (4¹⁰) qui disparaît à la suite d'un purgatif. A ce moment l'examen des organes génitaux ne fait rien découvrir d'anormal.

Le 11 février. La malade quitte le service.

A ce moment elle accuse une douleur dans l'hypochondre droit, douleur surtout sensible pendant les mouvements d'inspiration. De ce côté la fosse iliaque n'est pas sensible à la pression. Du côté gauche la douleur est localisée dans la fosse iliaque.

A l'examen la palpation du ventre n'est pas sensible. Les culs-de-sac sont libres et indolores. Le foie est un peu augmenté de volume, douloureux (des vésicatoires appliqués sur la région hépatique n'ont amené aucun résultat).

Malgré cela, l'état général est bon.

Il est à noter que l'on se trouve en présence d'une hystérique chez laquelle tous les signes somatiques sont très-marqués (anesthésie pharyngée, hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, etc.)

Cette malade a été revue ces temps derniers. Son état est resté le même. Les douleurs, soit au moment des règles, soit dans l'intervalle, sont aussi vives qu'avant l'opération.

OBSERVATION II (Inédite).

Ovarite scléro-kystique à droite. — Rien à gauche. — 6 points d'ignipuncture.

Suzanne B., âgée de 19 ans, entrée salle Pascal A, lit n° 13.
Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans. Règles très abondantes (10 à 15 jours), très douloureuses et irrégulières. Pas d'enfants, ni de fausse couche. Il y a 3 ans, blennorrhagie. Un an après la malade commença à souffrir du ventre. Les douleurs existaient des deux côtés mais surtout à gauche. Au début elles n'apparaissaient qu'au moment des règles, puis elles sont devenues continues avec paroxysme aux époques menstruelles.

La leucorrhée n'a pas cessé depuis le début et actuellement elle est très abondante. Ces douleurs et cette leucorrhée nécessitèrent son entrée à l'hôpital Beaujon l'année dernière. Elle y resta 7 semaines et on lui fit la dilatation utérine suivie d'application de tampons iodoformés. Ce traitement n'amena aucune amélioration.

A son entrée dans le service, les douleurs sont toujours aussi vives mais plus marquées à droite.

L'utérus est en antéflexion mais mobile. Les annexes gauches paraissent saines, à droite l'ovaire est augmenté de volume et adhérent.

Laparotomie le 22 décembre 1892. — Petite incision.

Les annexes gauches sont facilement amenées à l'extérieur, on constate leur intégrité et on les replace dans le pelvis. A droite, l'ovaire est libéré de ses adhérences et attiré dans la plaie avec la trompe. Il est augmenté de volume et sa surface, est dépressible en plusieurs points. La consistance est œdémateuse et son aspect blanchâtre. On pratique 6 ponctions au thermo-cautère. Un des points d'ignipuncture donne un peu de sang ; on fait l'hémostase par un petit surjet au catgut.

Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention.

Le troisième jour légère ascension de température, 38,2.

Cinq jours après l'opération la malade eut ses règles, accompagnées de vives douleurs.

La malade quitte le service le 24 janvier.

Le 28 janvier la malade est revue. Quelques douleurs abdominales persistent encore, mais bien moins vives.

Les règles eurent quatre jours de retard, leur durée et leur abondance sont beaucoup moindres.

Le 12 février le même état persiste.

Nous avons revu cette malade il y a 8 jours (22 juin) ses règles sont régulières et indolores. Quelques douleurs abdominales se montrent encore à l'occasion de fatigue.

OBSERVATION III (Inédite).

Ovarite diffuse double. — Rétroversion. — Conservation des deux ovaires. — Hystéropexie. — Douze ponctions profondes à gauche. — Onze à droite.

Louise F., 29 ans, salle Pascal A, n° 20.

Nous ne notons rien de particulier dans les antécédents héréditaires de cette malade.

Elle eut ses premières règles à 12 ans et fut toujours régulièrement réglée, mais elle ajoute que depuis l'âge de 17 ans ses règles furent douloureuses.

En 1881, accouchement normal et sans accident.

En 1885, fausse couche de cinq mois accompagnée de métrorrhagies pendant six semaines et de douleurs abdominales très vives.

En 1886 accouchement à huit mois, sans accidents. La même fausse couche de trois mois suivie d'une hémorrhagie abondante.

En 1887 et en 1888, accouchements normaux et sans accidents. C'est depuis le 1^{er} accouchement, c'est-à-dire depuis 8 ans, que la malade se plaint de douleurs abdominales et de leucorrhée. Ces douleurs, d'abord intermittentes et localisées surtout du côté gauche avec exacerbation au moment des règles, devinrent bientôt continues et se généralisèrent à tout l'hypogastre. Ces douleurs sont irradiées à la jambe gauche et aux lombes. Deux fois elle entra à l'hôpital pour sa leucorrhée et ses douleurs ; on lui pratiqua la dilatation utérine et des cautérisations à la teinture d'iode. Lorsqu'on examine la malade on constate que l'utérus est abaissé, en rétroversion, mais mobile.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve l'ovaire un peu augmenté de volume, irrégulier à sa surface et paraissant adhérent en arrière.

Dans le cul-de-sac droit, l'ovaire est plus mobile et son volume offre à peu près celui d'un œuf de pigeon.

Les trompes paraissent saines.

Laparotomie 22 déc. 92. — L'ovaire gauche est attiré dans la plaie, il est doublé de volume, de consistance mollassse, œdémateuse, parsemé de points plus dépressibles. En présence de ces lésions disséminées de l'ovaire et de l'intégrité de la trompe, on conserve l'ovaire que l'on cautérise au thermo-cautère par douze points d'ignipuncture profonde. Après cette opération l'ovaire se trouve réduit d'un quart.

Les annexes droites libérées des quelques adhérences qui les accolent à l'utérus, sont à leur tour attirées dans la plaie. L'ovaire a le volume indiqué à l'examen. A sa surface, il existe un corps jaune récent et plusieurs saillies constituées par des kystes folliculaires; au palper il donne une sensation de mollesse pâteuse. Il est de couleur blanc nacré et rappelle l'aspect du rein brightique.

La trompe est saine. — On pratique dans l'ovaire 11 points profonds d'ignipuncture; hystéropexie, 4 points de suture. Fermeture du ventre à la manière accoutumée par une suture à 3 plans.

Les suites opératoires furent excellentes; le troisième jour, légère ascension de température, 38.2.

La malade quitte le service le 28 janvier 1893.

Les premières règles après l'opération eurent lieu le 17 janvier, en retard de dix jours, un peu plus abondantes qu'avant l'opération, mais sans aucune douleur.

Les deuxièmes règles eurent lieu le 13 février. Nous voyons cette malade le 13, c'est-à-dire en pleine période menstruelle, et elle nous affirme ne ressentir aucune douleur. Depuis nous l'avons revue à trois reprises différentes; elle ne souffre plus; ses règles sont régulières et indolores (1).

(1) Actuellement cette malade est enceinte de trois mois,

OBSERVATION IV (Inédite).

Dégénérescence scléro-kystique à gauche. — Ovarite diffuse à droite. — Ablation des annexes gauche. — Ignipuncture à droite.

Marie C..., âgée de 23 ans, entre salle Pascal A., lit n° 28.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans. Règles régulières mais abondantes et douloureuses.

Il y a deux ans la malade eut un accouchement très laborieux (présentation du siège) et suivi d'accidents d'infection, douleurs vives, frissons, fièvre qui l'obligèrent à garder le lit pendant deux mois. Quelque temps après elle devint de nouveau enceinte et eut cette fois un accouchement normal et sans accidents. Néanmoins c'est depuis ce deuxième accouchement que les douleurs se sont montrées. D'abord intermittentes et surtout marquées au moment des règles, ces douleurs sont devenues continues avec localisation plus spéciale du côté gauche.

Depuis huit jours la malade est obligée de garder le lit et sa dernière période menstruelle a été extrêmement douloureuse.

A l'examen on constate que l'utérus est en légère antécourbure et mobile, dans le cul-de-sac gauche on constate que l'ovaire est augmenté de volume et légèrement adhérent. A droite les annexes paraissent peu altérées, néanmoins l'ovaire paraît plus gros que normalement.

Laparotomie, 23 déc. 93. — Petite incision — Après avoir brisé quelques fines adhérences on amène les annexes gauches dans l'incision. La trompe est relativement saine, un peu épaissie, injectée, mais perméable. L'ovaire contient un kyste séreux du volume d'une noisette qui se crève au moment où on le libère de ses adhérences. La dégénérescence scléro-kystique de cet ovaire paraissant totale, on enlève les annexes de ce côté.

A droite on trouve également quelques molles adhérences. La trompe est flexueuse, injectée, mais perméable. L'ovaire

augmenté de volume, est fluctuant en plusieurs points. On le larde d'une dizaine de points profonds au thermo-cautère qui ouvrent plusieurs petits kystes séreux.

Fermeture du ventre par trois plans de suture.

Les suites opératoires furent normales. Réunion par première intention. Le deuxième et le troisième jour la température s'élève à 38,2 et 38,4.

Les premières règles après l'opération eurent lieu le 8 janvier au lieu du 10, époque habituelle, moins abondantes qu'avant l'opération, mais sans aucune douleur.

Les deuxième règles eurent lieu le 20 février, aussi abondantes et toujours sans douleurs. Depuis, les règles ont été régulières et la malade nous dit ne plus sentir aucune douleur.

Cette malade a été revue il y a deux mois et la guérison se maintient.

OBSERVATION V (Inédite).

Ovarite diffuse double plus marquée à gauche. — Rétroversion. — Ignipuncture des deux ovaires. — Hystéropexie.

Marie F..., femme T..., âgée de 22 ans, entrée salle Pascal A, lit N° 6.

Son père est mort tuberculeux à 25 ans. Elle-même est sujette à des bronchites fréquentes et s'enrhume facilement. Réglée à 14 ans, toujours bien.

A 18 ans, premier accouchement suivi de phénomènes d'infection (fièvres, frissons).

A 21 ans, deuxième accouchement normal et sans accident. Il y a trois ans, la malade a commencé à souffrir du ventre, surtout au moment de ses règles. Ces douleurs étaient accompagnées d'une leucorrhée très abondante. Au mois de juillet 1890 on lui fit un curetage et l'amputation du col (Schröder). Les douleurs et la leucorrhée disparurent jusqu'au mois de mars dernier. Depuis cette époque, les douleurs sont revenues, intermittentes, exaspérées par la moindre fatigue et surtout vives au moment des règles qui, elles-mêmes, sont devenues plus fréquentes. Peu de leucorrhée.

A l'examen on trouve l'utérus en rétroversion adhérente. Les annexes des deux côtés sont adhérentes et ectopiées dans le cul-de-sac postérieur. Les ovaires paraissent augmentés de volume.

Laparotomie le 30 janvier 1893.

Les annexes gauches sont libérées de leurs adhérences et amenées au dehors. La trompe est saine. L'ovaire augmenté de volume est mou, oedémateux blanchâtre. On pratique 7 points profonds d'ignipuncture au thermo-cautère.

Les annexes droites sont également libérées et amenées au dehors. Elles présentent les mêmes lésions que celles de gauche. On fait 6 points profonds au thermo-cautère. On fixe ensuite l'utérus à la paroi abdominale par 4 points à la soie.

Suites opératoires excellentes. — Le 2 février la température s'élève à 39° et à l'auscultation on trouve des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Le 9, la fièvre a disparu, 37°2.

Trois jours après l'opération les règles apparurent moins abondantes, mais presque sans douleurs.

Depuis elles sont régulières et tout à fait indolores. Dans l'intervalle des époques menstruelles les douleurs n'existent plus.

Cette malade a été revue il y a 1 mois, la guérison se maintient (17 juin).

OBSERVATION VI (1).

Double ovarite diffuse. — Laparotomie. — Ignipuncture des deux ovaires.

La nommée F..., Marguerite, femme L..., âgée de 24 ans, entrée salle Pascal A, n° 20, le 18 février 1893.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 18 ans. Les règles reviennent tous les 15 jours et durent 8 jours.

Peu de temps après son mariage, à 23 ans, elle éprouve de vives douleurs pendant la miction, accompagnées de fleurs

(1) Observation recueillie par M. Salmon, interne du service.

blanches abondantes. Peu de temps après elle ressentit des douleurs dans le ventre, surtout du côté gauche.

Il y a 2 mois elle entra à l'hôpital Laënnec, où on lui fit un curetage et l'amputation du col. Cette intervention ne donna aucun résultat.

Actuellement la malade se plaint de douleurs abdominales continues avec localisation plus spéciale du côté gauche. Les règles sont irrégulières; très abondantes, douloureuses.

On soumet la malade au traitement médical : repos au lit, injections chaudes au sublimé.

Au bout de 8 jours les douleurs sont atténuées et on en procède à l'examen.

Le col présente les traces de l'amputation ancienne. Le corps de l'utérus est en antéflexion.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent l'ovaire prolabé en arrière, augmenté de volume et mobile.

Dans le cul-de-sac latéral droit on sent les mêmes lésions.

Laparatomie 15 mars 93. — Petite incision.

Les annexes gauches sont amenées dans l'incision.

La trompe est saine et perméable. L'ovaire est augmenté de volume, de consistance mollasse, il est manifestement oedémateux. Un petit kyste de l'hydatide de Morgagni est réséqué.

L'on pratique dans l'ovaire neuf pointes de feu profondes.

A droite les lésions sont les mêmes. On fait huit pointes de feu.

Après ces pointes de feu qui donnent issue à une petite quantité de liquide, les ovaires sont diminués d'un quart environ de leur volume.

Suites opératoires normales.

La malade quitte le service, guérie, le 22 avril.

Les deux premières règles qui ont suivi l'opération ont encore été un peu douloureuses, mais les suivantes ont été absolument indolores.

Cette malade a été revue dernièrement, elle n'accuse plus aucune douleur. Les règles sont tout à fait régularisées.

RÉSECTION PARTIELLE

OBSERVATION I (1)

Double ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Castration nilatérale; résection partielle de l'ovaire droit.

La nommée Col (Césarine), âgée de 26 ans, entre salle Pascal A, le 21 avril 1891, lit n° 20. Elle a été réglée à 11 ans 1/2 d'une façon régulière et normale jusqu'à son mariage à 23 ans. Depuis lors, sans qu'il y ait eu infection puerpérale (la malade n'a jamais eu d'enfant), soit blennorhagique, la malade a commencé à souffrir dans le bas ventre. Ces douleurs s'exagéraient au moment des règles. Elles étaient parfois si violentes que la malade a dû s'aliter. Dans l'intervalle des deux époques elles étaient supportables. Elles étaient surtout vives dans la région de l'ovaire gauche. Depuis 6 mois environ, leucorrhée légère.

On trouve à l'examen l'utérus petit en antéflexion. Le cathétérisme indique 7 c. 1/2. L'ovaire gauche, du volume d'un œuf de pigeon, est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas; il est extrêmement douloureux. L'ovaire droit paraît du volume normal, mais il est aussi très douloureux à la pression.

Laparotomie, 9 mai 1891. — Incision de 6 c. Les deux trompes sont saines. L'ovaire gauche, entièrement criblé de petits kystes, est enlevé avec la trompe correspondante. L'ovaire droit, partiellement altéré, est réséqué en partie. On enlève un segment longitudinal en forme de coin, farci de petits kystes, et les deux valves du parenchyme sain sont suturées par 7 points de catgut fin.

Les suites opératoires furent excellentes. Réunion par première intention. La malade se lève le vingt-et-unième jour et part guérie le 2 juin. Elle ne souffre plus au moment de sa sortie de l'hôpital. Revue cinq mois et demi après, elle est en

(1) Observation recueillie par M. Baudron, interne du service et publiée dans la Médecine moderne (oct. 91.)

parfaite santé, a considérablement engraisé et fait sans se fatiguer de longues courses.

Le 15 juin, les règles apparurent pour la quatrième fois depuis l'opération, durèrent trois jours, furent d'abondance normale et sans douleurs.

Le 10 juillet, le 5 août, le 2 septembre et le 1^{er} octobre, les choses se sont passées de même.

Cette malade a été revue et examinée le 22 décembre. Elle n'accuse plus aucune douleur et travaille sans aucune fatigue. L'état général est excellent. L'examen clinique montre un utérus en légère antécourbure, mobile, indolore. Les culs-de-sac sont souples et libres. En déprimant fortement le cul-de-sac gauche et pratiquant le palper bimanuel on ne sent rien. A droite, la trompe paraît saine. L'ovaire, réduit au volume d'une noisette, est facilement accessible; il est souple, mobile, et sa surface ne présente aucune irrégularité. Cette exploration est absolument indolore. La menstruation est régulière.

OBSERVATION II (1)

Double ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Castration unilatérale. — Résection partielle de l'autre ovaire. — Salpingorrhaphie.

Marie C., femme Vaut., âgée de 23 ans, entre à Pascal A, le 25 juin 1891, lit n° 15.

Réglée depuis l'âge de 14 ans d'une façon toujours régulière, cette malade n'a jamais eu de troubles de la menstruation. Elle n'accuse non plus aucune maladie antérieure. Il y a 5 ans elle a fait une fausse couche de 3 mois, mais qui paraît s'être bien passée. C'est cependant depuis cette époque qu'elle souffre de douleurs dans le ventre, plus accentuées du côté gauche. D'abord intermittentes et disparaissant pendant 2 ou 3 mois, ces douleurs sont devenues plus fréquentes dans ces derniers

(1) Observation recueillie par M. A. Martin, interne du service, et publiée dans la Médecine moderne (oct. 1891.)

temps, et c'est surtout depuis un an qu'elles sont plus vives, avec recrudescence au moment des règles et irradiation dans les reins et la cuisse gauche.

Depuis 5 ans également elle perd en blanc et cette leucorrhée est plus abondante depuis un an.

A l'examen on constate que l'utérus est petit, en antécourbure très accusée et très mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent l'ovaire doublé de volume et un petit kyste para ovarien paraissant gros comme une amande. Du côté droit, l'ovaire petit est prolabé dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie, 3 juillet 1891. Incision de 5 centim.

A gauche l'ovaire est adhérent au pelvis par de petits filaments très résistants. Ces adhérences sont rompus et l'ovaire complètement dégénéré est enlevé. Il en est de même de la trompe qui est saine.

A droite, l'ovaire est également adhérent au pelvis. Après rupture de ces adhérences, M. Pozzi attire en dehors du ventre l'ovaire et la trompe. Il constate que l'ovaire est parsemé de petits kystes, mais sain dans sa majeure partie; il en résèque une tranche longitudinale et suture par un surjet de catgut les deux lambeaux du tissu ovarien conservé. On avait constaté préalablement que la trompe était saine, mais repliée en arrière et fixée par ses adhérences. Après l'avoir dégagée et amenée dans la plaie on s'assure de sa perméabilité, on étale le pavillon sur le moignon et on le fixe par trois points au catgut.

Suites opératoires excellentes. Un peu de désunion de la plaie.

La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours d'août, n'accusant plus aucune douleur.

Elle est revue le 15 octobre; elle ne souffre plus du tout ni pendant ses règles, ni dans l'intervalle. Elle a pris de l'embonpoint et ses forces ont beaucoup augmenté. Quant à la menstruation, elle s'est montrée régulièrement et avec une abondance plus grande pendant les deux derniers mois.

Cette malade a été revue le 23 janvier 1893. Elle n'éprouve aucune douleur, même à la suite de grande fatigue et de marches prolongées. Les règles sont régulières (tous les 28

jours) d'une durée moyenne de trois jours, sans aucune douleur et plus abondantes qu'avant l'opération. Etat général excellent.

OBSERVATION III (inédite)

Kyste folliculaire de la grosseur d'une noisette de l'ovaire gauche.
— Rétroversion de l'utérus. — Résection du kyste. — Salpingorrhaphie. Hystéropexie.

G..., Sophie, femme T..., âgée de 33 ans, entrée salle Pascal A, le 5 janvier 1893.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans, toujours bien réglée.

Un premier accouchement il y a neuf ans, normal et sans accidents consécutifs.

Un deuxième accouchement il y a 2 ans 1/2, suivi d'une hémorrhagie abondante. La malade a gardé le lit pendant six semaines avec de la fièvre et des douleurs abdominales très vives. Quelques jours avant de se lever des fleurs blanches abondantes apparurent. Le médecin traitant lui fit alors des cautérisations et des séances d'électrisation. Les premières règles après l'accouchement furent douloureuses et depuis cette époque les douleurs ont persisté très vives occasionnant parfois des crises nerveuses.

Au mois de janvier 1892 elle entre dans le service, et le 20 on pratique un curetage qui supprime les fleurs blanches mais qui reste sans action sur les douleurs. Le 29 du même mois, on fait un Alexander qui ne donne aucun résultat. Actuellement, 10 mars, on fait un nouvel examen et l'on constate que le col de l'utérus est de consistance normale et mobile; il est situé derrière la symphyse. L'utérus est en rétroversion mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent l'ovaire à l'union du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac latéral; il est mobile, douloureux, et paraît augmenté de volume, la trompe semble saine. A droite on ne constate aucune lésion.

Laparotomie, 10 mars. — Incision de 6 centimètres.

L'utérus rétroversé est redressé et maintenu par une pince tire-balles qui saisit son fond sur la ligne médiane.

A gauche, l'ovaire est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. Pendant l'extraction un gros kyste folliculaire est crevé. On attire l'ovaire dans la plaie et on résèque sa moitié externe qui comprend les débris du gros kyste et un petit kyste séreux du volume d'un pois. Un double surjet au catgut affronte les lèvres de l'incision ovarienne. Deux points fixent le pavillon de la trompe au moignon ovarien.

A droite, les annexes saines sont laissées en place. On procède ensuite à l'hystéropexie suivant le procédé habituel.

Les suites opératoires furent excellentes. Réunion par première intention.

Au moment de sa sortie, le 9 avril, on l'examine et on trouve l'utérus en antéposition très manifeste. Les culs-de-sac sont souples et indolores.

Cette malade a été revue depuis; les douleurs ont disparu pendant l'intervalle des règles. Voici d'ailleurs ce qu'elle nous a écrit à la date du 25 décembre: « Au moment de mes époques, je ressens quelques douleurs du côté droit, rien à gauche (côté opéré) et je perds toujours un peu en blanc. Malgré cela j'ai bon appétit et me trouve bien mieux. » La menstruation est régulière.

OBSERVATION IV (Inédite).

Ovarite scléro-kystique double adhérente. — Laparotomie. — Ablation des annexes gauches. — Résection partielle de l'ovaire droit. — Salpingorrhaphie.

Jenny R..., 24 ans, entrée salle Pascal A, le 23 janvier 1892.

Dans ses antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien de particulier à noter.

Réglée à 13 ans, règles très abondantes, régulières et sans douleurs. Pas d'enfants. Fausse couche de 4 mois en 1889. Six mois environ après cette fausse couche la malade commence

à souffrir du ventre en même temps que des flueurs blanches abondantes se montrent. Les douleurs à ce moment étaient surtout marquées dans les deux fosses iliaques. Depuis cette époque les douleurs ont cessé d'être continues; elles reviennent par crises toutes les six semaines environ et s'accompagnent de vomissements alimentaires et bilieux. Les règles sont devenues irrégulières, douloureuses et plus abondantes; parfois même ce sont de véritables ménorrhagies.

A l'examen, on trouve le col un peu ramolli, granuleux, légèrement déchiré à gauche. L'utérus est en antéflexion, relativement peu mobile.

Dans le cul-de-sac gauche on sent la trompe augmentée de volume et adhérente. L'ovaire, très douloureux, est adhérent au pelvis.

A droite l'ovaire est accolé à l'utérus, moins douloureux; la trompe paraît épaissie.

Laparotomie le 5 mars 1892. Du côté gauche M. Pozzi trouve les annexes retenues par de très-nombreuses adhérences filamenteuses. On les attire entre les bords de la plaie et on voit que l'ovaire est complètement transformé par la présence de nombreux kystes séreux et sanguins. La trompe, de couleur violacée, a des parois très-épaissies.

Ces annexes sont enlevées.

A droite, les annexes sont aussi retenues par des adhérences, mais celles-ci sont moins résistantes qu'à gauche. Après avoir attiré l'ovaire et la trompe dans l'incision, on constate que les lésions de l'ovaire sont surtout marquées vers son bord libre tandis que le bord adhérent paraît sain. La trompe est un peu épaissie, mais comme son calibre est perméable, M. Pozzi se décide à conserver une partie de l'ovaire et à souder sur son moignon l'orifice tubaire.

Dans ce but on enlève par deux incisions faites suivant le grand axe de l'ovaire une tranche de tissu ovarien et les deux valves restantes sont suturées par un surjet au catgut. Quatre points de suture isolés au catgut fixent le pavillon tubaire au moignon ovarien.

Les suites opératoires furent excellentes. Réunion de la plaie par première intention.

5 avril. — La malade a eu ses règles du 1^{er} au 4 avril, accompagnée de douleurs très vives.

18 avril. — Chaque jour la malade éprouve pendant quatre ou cinq heures de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite.

25 avril. — Les douleurs, bien que quotidiennes, sont moins intenses.

28 avril. — Ecoulement sanguin pendant 2 jours et presque indolore.

Le 21 juin la malade quitte l'hôpital.

Cette malade a souffert beaucoup, soit au moment de ses règles, soit dans l'intervalle pendant les 4 ou 5 mois qui ont suivi l'opération. Elle a même fait un séjour d'un mois à l'Hôtel-Dieu.

Dans les premiers jours de décembre nous avons eu de ses nouvelles et nous avons appris que ses règles s'étaient régularisées et ne causaient plus que quelques petites douleurs.

Nous avons revu cette malade il y a un mois, et elle nous a affirmé ne plus souffrir.

OBSERVATION V (Inédite).

Ovarite scléro-kystique double. — Petits kystes hématiques. — Adhérences. — Laparotomie. — Ablation des annexes droites. — Résection partielle de l'ovaire gauche. — Salpingorrhaphie.

Eugénie J..., femme J..., 24 ans, entrée salle Pascal A. le 31 mai 1892.

Antécédents héréditaires nuls.

Réglée à 16 ans, règles très irrégulières. Accouchement à terme et normal il y a un an. Huit jours après elle reprit son travail et aussitôt elle ressentit dans le bas-ventre des douleurs vives, surtout localisées du côté droit, douleurs continues, augmentées par la fatigue et l'obligeant parfois à garder le lit.

Au mois de novembre 1891, fausse couche de six semaines, suivie d'une métrorrhagie très abondante.

En janvier 1892, blennorrhagie. Depuis cette époque les règles sont restées abondantes et très douloureuses.

Elle entre alors à l'hôpital Cochin où, le 24 février, on lui fit un curettage. A la suite de ce curettage les douleurs furent moins vives pendant environ deux mois, mais dès sa sortie de l'hôpital elles reparurent. Après le curettage les règles ont été suspendues deux mois, puis se sont régularisées.

Lorsqu'on l'examine, on constate qu'elle porte des traces de syphilis héréditaire : tibia incurvé, état réticulé du voile du palais. Actuellement elle porte une gomme à l'extrémité interne de la clavicule.

A l'examen on constate une légère antécourbure de l'utérus. Ce dernier est mobile.

Dans le cul-de-sac gauche on sent une tumeur du volume d'un œuf, arrondie, bosselée, formée par les annexes fusionnées et dans laquelle il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'ovaire et à la trompe. Dans le cul-de-sac droit on trouve une tumeur plus petite mais très adhérente à la paroi pelvienne.

Laparotomie, 6 juillet. Incision 6 c. — A gauche l'ovaire et la trompe sont fusionnés. La trompe a ses parois œdématiées mais non indurées. Quoique épaissi, le pavillon n'est pas oblitéré, un stylet peut cheminer dans toute l'étendue de la trompe. L'ovaire est criblé de kystes hématiques et séreux dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un haricot. En présence de l'intégrité de la trompe on songe à conserver une partie de l'ovaire. Pour cela une incision marginale est faite de chaque côté et on enlève la majeure partie du segment médian de l'ovaire. Un kyste hématique du volume d'un haricot découvert par cette manœuvre est disséqué avec les ciseaux et énucléé. Il en est de même d'un petit kyste séreux.

Une suture en surjet est faite sur les deux petites valves ovariennes. Le moignon ovarien est à son tour réuni au pavillon étalé de la trompe par trois points de suture qui le fixent solidement. L'excision d'une hydatide de Margagni transformée

en kyste hématique donne un peu de sang immédiatement arrêté au thermocautère. A droite l'ovaire est très adhérent; il est décollé avec peine de la paroi pelvienne. Il est criblé de petits kystes séreux et contient un kyste hématique du volume d'une noisette. La trompe est contournée, œdématisée, épaissie. En présence des lésions de l'ovaire et surtout de l'opération conservatrice pratiquée à gauche, on enlève la trompe et l'ovaire.

Les suites opératoires furent excellentes. Réunion par première intention. Dix jours avant sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 23 août, les règles sont venues sans douleur.

OBSERVATION VI (1) (inédite).

Double ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Ablation des annexes gauches. — Résection partielle de l'ovaire droit.

La nommée Marie D..., femme T..., âgée de 35 ans, entrée salle Pascal A., lit n° 22, le 18 janvier 1893.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Régliée à 13 ans, toujours bien réglée.

Deux accouchements normaux à 17 et 21 ans.

A 24 ans, 3^{me} accouchement suivi d'accidents: hémorrhagie, délivrance artificielle 7 heures après l'accouchement. Trois mois après ce dernier accouchement la malade a commencé à souffrir du ventre.

Il y a 4 ans, 4^{me} accouchement sans accidents.

Depuis, les douleurs abdominales ont augmenté et les règles sont devenues irrégulières. Les douleurs, d'abord intermittentes sont maintenant continues et obligent parfois la malade à prendre le lit.

A l'examen on trouve l'utérus un peu abaissé, sans doute du fait du relâchement périnéal. Au fond du vagin on sent quelques brides.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une petite tumeur dure, mamelonnée, formée par les annexes épaissies.

(1) Observation recueillie par M. Salmon, interne du service.

A droite, les annexes paraissent peu augmentées de volume. Laparotomie le 10 février 93. — Petite incision.

On attire à l'extérieur les annexes gauches. L'ovaire est criblé de kystes séreux et sanguins saillants en cabochons; le reste de l'ovaire apparaît fibreux, vermiculé. La trompe est très épaissie; son pavillon est rouge et en ectropion. Elle est cependant perméable. Vu la dégénérescence de l'ovaire, malgré la perméabilité de la trompe, on fait l'ablation totale de ces annexes.

On attire les annexes droites : L'ovaire présente à son extrémité externe une saillie du volume de deux pois constituée par un kyste du corps jaune. Le reste de l'ovaire paraît sain. La trompe congestionnée et un peu épaissie, paraît perméable, on s'en assure en faisant le cathétérisme.

On résèque environ un quart du volume de l'ovaire, et les bords de la solution de continuité sont affrontés et suturés par un surjet au catgut.

Suites opératoires. — Légère désunion de la plaie cutanée, pansements humides.

La malade quitte le service le 12 mars 1893 sans avoir eu ses règles. Elle se trouve bien améliorée et ne souffre plus. 10 jours après sa sortie de l'hôpital les règles sont venues sans douleurs.

La malade n'a pu être revue dernièrement.

CONCLUSIONS

1° Certaines lésions de l'ovaire sont justiciables d'une intervention limitée.

2° L'ovarite diffuse et sa dégénérescence scléro-kystique sont dans ce cas.

3° Pour la première on fera l'ignipuncture profonde de l'ovaire.

4° Pour la seconde, si la lésion est limitée et constituée, soit par un gros kyste folliculaire séreux, soit par un gros kyste sanguin, ces kystes seuls seront enlevés par la résection d'un segment de l'ovaire. Alors même que la lésion serait plus étendue, sans toutefois que l'organe fût complètement désorganisé, on pratiquerait encore une résection partielle en enlevant une tranche longitudinale et médiane du tissu ovarien.

5° Il est indispensable que la trompe soit perméable pour qu'on puisse songer à pratiquer sur l'ovaire des opérations partielles.

6° Les opérations proposées pour rétablir la perméabilité d'une trompe oblitérée n'ont qu'une valeur très contestable.

Vu, le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu, le Doyen de la Faculté,
D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CONZETTE — Ovaires à petits kystes. (T. Paris, 1890)
- DEVELZ. — Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine (T. Paris, 1858).
- DUDLEY. — New-York med. journ., 11 et 18 Avril 1888.
- BÖCKEL. — Des Kystes ménorrhagiques de l'ovaire. (Gaz. med. Strasbourg, 1861.)
- LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes.
- A. MARTIN. — Centralbl. f. Gyn. 1891, p. 516.
— Verhandl. d. deutschen Gesell. f. Gyn. 1891. p. 242.
— Ueber Tüben und ovarialresektion in Centr. f. Gyn. 1891. p. 515.
- NEUMANN. — In Virchows archiv. 1889. Bd. CIV, p. 489.
- P. PETIT. — Nouv. arch. d'obstétr. et gyn., juillet 1888.
— Nouv. arch. d'obstétr. et gyn., octobre 1891.
— Bullet. de la Soc. d'obstétr. et gyn., juin 1891.
- A. PILLIET. — Gaz. hebd. de méd. et chirur., novembre 1890.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
— Ann. de gynéc. et d'obstétr., mars 1893.
- HAVIANSKY. — Oophorites Ann. de Gyn., mai juin 1890.
- RICHEL. — Trait. prat. d'anat., méd. chir., p. 815.
- ROLLIN. — Hémorrhagies de l'ovaire (Th. Paris. 1889).
- S. KUTSCH. — Centralbl. f. Gyn., 1889, n° 32, p. 566.

